

AUTORIZACION PARA ENTREGAR INFORMACIÓN

✂ Name of Person to Receive Documents ✂
Use the DES-166 envelope

NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO (<i>Apellido, nombre, inicial</i>)
FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO (<i>Calle y núm./Apartado de correos</i>)
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL ZIP

INFORMACIÓN SOLICITADA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación del desarrollo | <input type="checkbox"/> Historias de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Plan IPP/IEP más reciente | <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica educacional |
| <input type="checkbox"/> Documentación médica de la incapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Historial social |
| <input type="checkbox"/> Historias médicas | <input type="checkbox"/> Evaluación vocacional |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de terapia física/ocupacional/del habla | <input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>) _____ |

La División no reembolsará los costos por las copias ♦ La información solicitada es la información mínima que necesita la División para el propósito detallado a continuación.

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a la compañía, escuela, agencia, proveedor médico o individuo a entregar la información médica, de salud y/u otros historiales solicitados indicados arriba a la División de Incapacidades del Desarrollo del Departamento de Seguro Económico de Arizona (DES/DDD). El propósito de la liberación de esta información es ayudar a determinar la elegibilidad para los servicios de DES/DDD, o si el individuo es elegible, ayudar en la provisión de los servicios de tratamiento. Esta autorización perderá su vigencia un año después de la fecha indicada abajo.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso escrito a quien proporciona la información, excepto cuando ya se haya tomado acción con respecto a la autorización antes de haber sido recibida la revocación escrita.

Entiendo que yo no tengo que firmar esta autorización. Si no lo firmo, entiendo que la División tal vez no pueda hacer la determinación de elegibilidad para servicios. Entiendo que el yo firmar esta autorización no da derecho a un plan médico a estipular el tratamiento, los pagos o la matrícula en el plan médico.

Entiendo que cuando los historiales y la información autorizados aquí sean entregados a entidades o personas fuera de DDD, podrán ser compartidos por el recipiente(s) y tal vez no estén protegidos bajo la Ley de "Health Insurance Portability and Accountability Act" del 1996. Sin embargo, los proveedores de servicios para DES/DDD suelen estar sujetos a los términos del contrato y la ley en cuanto al carácter confidencial de la información médica recibida, particularmente la relacionada con infección de HIV, SIDA o condiciones relacionadas con SIDA, y condiciones psicológicas o psiquiátricas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario.

Nombre del Solicitante/Representante Personal (*letra de molde*) _____ Firma del Solicitante/Representante Personal _____ Fecha _____

Mi autoridad como representante personal para hacer decisiones médicas referentes a esta persona se basa en:

- Padre de un menor Tutor Conservador designado por un tribunal POA de Cuidado Médico

Esta autorización fue revocada/retirada en fecha: _____ Firma del empleado de personal _____

UN FACSIMILE O FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ LA MISMA AUTENTICIDAD COMO EL ORIGINAL.

Distribución: **ORIGINAL** – Archivista; **COPIA** – Archivo del caso; **COPIA** – Solicitante/Representante Personal

Vea el reverso para las declaraciones de la ley EEO/ADA.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA) y la Ley de Derechos Civiles del año 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en lugares de empleo, programas, servicios o actividades basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, y incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato o obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act: ADA) de la División de Incapacidades del Desarrollo: 602-542-6825; Servicios de TTY/TTD: 7-1-1.